

Patient Name	SUHAILA RIZVI
Gender	FEMALE
DOB/AGE	31/07/2011
Email	

Reg #	
Nationality	SRI LANKAN
Mobile #	0509651860

***** Please read and sign at the bottom of the form.

appropriate for his/her case, and pledged to follow their instructions, attend all the treatment sessions on time and pay the treatment cost in full.

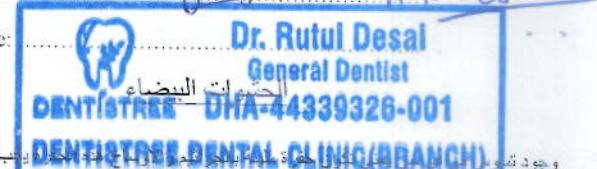
Name of the Patient:

I have read all that is mentioned above, and I will sign below in agreement on it.

Signature of Patient or his/her Representative: 

Witness Signature: 

Doctor's Signature:



وجود شوائب في الأسنان يزيد من خطر الإصابة بالبكتيريا، مما يسبب انتشاراً وتنقل بمواد صناعية أو غيرها، مما يزيد من خطر الإصابة بالبكتيريا في الأسنان، مما يسبب انتشاراً وتنقل بمواد من حساسية أو ألم يمكن أن يزول بعد فترة بسيطة وقد يحتاج لعلاج عصب السن المتضرر أو تخطية العصب بعادة خاصة حسب ما يريده الطبيب مناسباً. أي علاج آخر يطأء على خطه العلاج لأي سبب فله تكلفة إضافية يجب على المريض دفعها ويتطلب وقت ومواعيد علاج إضافية. أي حشوة معرضة مع مرور الزمن للتكسر وانفجاع ونغير اللون وتسوس ثانوي يظهر في أي مكان آخر في السن المعالج.

في حال إصرار المريض على تغيير خطه العلاج بما يتعارض مع نصائح الطبيب فإليه هو أو من يمثله أو المسؤول عنه التزقق على التهدى الخاص بذلك والذي يغنى عيادة عيادات دينتيستري الطبية وأطبائه بشكل كامل من أي مسؤولية مالية أو طبية أو قانونية أو معنوية مهما كانت.

إن عدم التزام المريض بالمواعيد المحددة له أو تعليمات الأطباء قد تؤدي إلى مضاعفات قد تغير خطه العلاج أو تؤدي إلى فشلها. وفي هذه الحالة يتحمل هو وحده تكلفة خطة العلاج الأصلية المتفق عليها إضافة إلى التكلفة الإضافية الناتجة عن تعديل خطة العلاج كما يتحمل المريض أيضاً أي مسؤولية أخرى دون تحمل عيادة عيادات دينتيستري الطبية أو أطبائه أي مسؤولية مادية أو طبية أو قانونية أو معنوية مهما كانت.

إن تكالفة جميع مراحل العلاج يجب أن تدفع مقدماً بالكامل و هي غير مرتجعة في أي مرحلة من مراحل العلاج حتى ولم يكمل المريض العلاج لأي سبب.

إن توقيع المريض أو من هو مسؤول عنه أو يمثله على هذه الورقة يعني أنه: قرأها وفهم ماقيلها وقليلها واستفسر بشكل كامل ويرضيه كل ما يتعلق بالعلاج من أطباء العيادة ومن أي جهة أخرى يريدها ووافق عليها وطلب من أطباء عيادة عيادات دينتيستري الطبية البدء في العلاج وفرضهم بعمل ما يرون مناسب لعلاجه وتمهد بالإلتزام بتعليماتهم ومواعيد العلاج ودفع كامل تكلفة العلاج.

اسم المريض/ المريضه:

لقد قرأت ما سبق وعليه اوقع توقيع المريض/ المريضه أو من يمثله:

توقيع الشاهد/ الشاهدة: